

# 心理臨床と身体

— 身体の両義性および女性と身体について —

奥 田 紗 史 美

## 心理臨床と身体

心理臨床の世界では、しばしば身体的重要性が議論される。心理臨床の仕事をどのように定義するかは難しい問題であるが、通常、臨床場面にあらわれるクライアントは「こころ」の悩みを抱え、そのことについて相談、あるいは解決をしたいと思って訪れるという認識が一般的であろう。しかし、この場合の「こころ」とはいったいどういうものであろうか。そして、「こころ」の悩みを相談する場所であるはずの臨床場面において、しばしば身体的な訴えや問題が示されることについて、どのように理解すればよいのだろうか。

臨床場面に現れるクライアントが、心の問題だけでなく、多くの場合、身体面に関する問題も同時に訴えること、時に、むしろ身体をめぐる訴えが中心となって語られることは、初心のセラピストが実際に臨床活動を始めてみて、気づかされることの一つである。たとえば、頭痛、めまい、立ちくらみ、吐き気、食欲不振、過食など。そして当人の感じる苦痛はしばしば「しんどい」「きつい」などの身体的疲れを連想させる言葉で表現され、とにかくこのしんどさを何とかしてほしいとの訴えが繰り返し語られる。菅（2005）は、「そもそもカウンセラーを志す私たちは、“こころ”を中心に据えて物事を考える“こころ派”」であるが、「世の中には、“こころ”よりも“からだ”“モノ”に親和性の高い人も多く、「誰もが“こころ”の重要性を自明のこととして理解しているわけではない」と述べている。そのことに気づいていないセラピストが、ク

クライアントからは当然「こころ」の悩みが語られるものと思いきんで面接に臨むと、次々と出てくる身体にまつわる訴えに戸惑い、どのように聴けばよいのか迷うことになるだろう。

クライアントが身体的な訴えを中心に語るものの、身体的な疾患が否定される場合、セラピストはまず、どのような心理的問題が、クライアントの身体、例えば不眠、食欲不振、あるいは頭痛として表現されているのか、ということを経験をこれまで得た知識や先人の知恵を駆使してなんとか理解しようとする。身体的問題の背景に心理的問題を想定し、理解していくことは、心理臨床家の専門性として必要なことであり、そのようなクライアント理解が、面接を進めていくうえで重要な意味をもつことも多いと思われる。しかし、その身体的症状の奥になにか心の「秘密」が隠されているのではないかという思いに駆られ、結局はクライアントの「しんどさ」に寄り添えなかったという苦い経験が、筆者にもある。特に初心のセラピストの場合、クライアントから身体にまつわる訴えを聴かされるとまず途方にくれてしまう。さらには、相手には何らかの心理的問題があつて、それが原因となり身体症状が現れているという単純かつ還元論的な図式にとらわれ、それ以外の視点から身体をとらえることが難しくなってしまうのかもしれない。

## 心と身体

こころが原因となり、からだに症状が現れるという心因論的な考え方は、そもそも「こころ」と「からだ」をそれぞれ独立した存在としてとらえることから始まっていると思われる。心と身体を二つに分け、それぞれを別々の実体としてとらえる考え方は、プラトンのイデア論にはじまり、のちにデカルトによって明快に主張されたとされる。デカルトの心身二元論は、西洋哲学史において繰り返し取り上げられ、また、反論されてきた。デカルトは17世紀、すなわち神を中心とする世界観からより科学的な思考様式へと移行する時期に重要な役割を果たした (Priest, 1991)。デカルト以降、身体は、のちに優勢となっ

た唯物論に見られるように、心の乗り物であり、客観的な対象、あるいは部分が組みあわされたものとして、機械論的にとらえられるようになった。西洋医学ではこのような客観的な「身体」が対象とされ、身体は部分によって分割され、医学は高度に細分化・専門化し、今日の発展を遂げた。そのような医学の発展は大きな成果を生み、私たちは多くの恩恵に与っている。しかし、その一方で、「症状をみて、人間をみない」と言われるような人間不在の医療に対する批判や反省が行われるようになった。その結果生まれたのが心身医学であり、今日のリエゾン・コンサルテーションの概念である。

日本心身医学会（1991）による「心身医学の新しい診療指針」では、心身医学とは「患者を身体面だけでなく、心理面、社会面を含めて総合的、統合的にみていこうとする医学」であり、「臨床医学の原点に立ち戻って、心身両面を含めて統合的な病状の理解と、病気よりも病人を中心とした全人的な医療のあり方を目指すものである」と定義されている。しかし一方で、この指針において、心身症とは「身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」とされている。心身二元論、あるいは機械論的な人間観を克服しようという試みのはずが、実際には心身症は「身体」疾患であるとされ、その症状には「心理（社会）」的な因子（原因）が関与しているという因果論的な定義となっている。どこか「こころ」と「からだ」を分けて考えるという枠組みから自由になりきれていない印象をうける。

そもそも、このように、心の問題と身体症状とを原因と結果としてとらえる見方はどこから始まったのであろうか。前述の指針では、心身医学は、精神分析学にその端を発すると記されている。西洋医学の世界では、精神医学もその例にもれず、脳や神経系の器質的な問題として心の病を扱ってきた。その中で、19世紀に登場したフロイトは、「ヒステリー研究」を著し、心的葛藤が通常意識されない心の領域、すなわち無意識に抑圧され、それが身体症状としてあら

われるという「転換」の概念をうちたてた (Freud, 1895)。これはもっとも古い心因論の一つと考えてよいだろう。つまり、精神分析学は、心の病を器質的な問題としてとらえる考え方への反論とはなったが、極めて因果論的な発想でもあった。精神医学や心身医学だけでなく、心理臨床を学び実践するうえでも、精神分析学は避けては通れないものである。それゆえ、心の問題、あるいは身体症状の原因を、無意識のなかにある葛藤や欲望、体験に求めるという精神分析的、あるいは心因論的発想は、心理臨床における事例理解においてもよく用いられる。しかし、それだけにとどまらず、クライアントの身体の問題をより包括的にとらえようとする場合、まずセラピスト自身が、自らがこころを中心にものごとをとらえようとする「こころ派」であることを十分自覚することが必要となるのだろう。

しかし、心理臨床においては、心身二元論や、機械論的な身体観、あるいは心因論的発想とはまた違った身体観も存在する。たとえば、代表的なものは、ユング派の Hillman (1979) による、心や身体を内包する高次の存在としての「魂」の概念、それに近似する「見えないからだ」や「サトル・ボディ」などである。また、プレイセラピーはそのまま身体を用いて関わる技法であり、自律訓練法や動作法のような、身体に直接はたらきかけるアプローチもある。フォーカシングでは、例えば「切なさ」が「胸部の苦しさ」として体験されるように、体の感じとして気持ちが扱われ、それを詳細に感じ取り表現していく。あるいは、Erikson (1950) の発達段階も、人間の身体的発達と心の発達を、社会とのかかわりも含めて包括的にとらえており、神経症を説明する固着点を示すフロイトの心理学的発達理論とは意味するものが異なるといえるだろう。これらはそれぞれ、独自の存在感を放ち、心理臨床において心と身体の問題をどのように考えたらよいのか、視点を提供してくれる。また、これらの概念に共通していることは、心と身体を別々のものとみなしてその相互作用を考え、「身体」の裏側に潜む「こころ」に焦点を当てたり、「こころ」と同時に「身体」も扱ったりということではなく、あくまでも心理臨床の対象を、心も身体も含

んだ人間全体とみなそうとしていることのように思われる。

しかし、実際に心も身体も含めた人間全体を対象とする、というのはどういうことなのだろうか。中井・山口（2001）は心身問題について「考えすぎないための資料」と銘打ち、「なぜかわからないが、＜こころ＞と＜からだ＞とを分けておくほうが、人間が生きるのに便利になっている。「こころ」を燃やすのと、「からだ」を燃やすのとは違う。「からだを捧げる」のと「こころを捧げる」のとは別のことだ。（中略）生きるのにつごうがよいから、ことばも二つに分かれているのかもしれない」と述べている。また、心理臨床場面においては、「心身一如」の人間観が大切であるともよく言われる。しかし、仮に人間は心身一如の存在であると考えていても、少なくとも筆者にとっては、「こころ」や「からだ」のような概念を全く用いずに、実際の心理臨床過程について記述することは不可能に近い。たとえ可能であったとしても相当の工夫が求められるだろう。この点に関して、河合（2003）は、人間存在に接近するためには、実際には「こころ」の側面か「身体」の側面かを通してしかできないと述べている。人間はもちろん、こころだけの存在でもなく、からだだけの存在でもない。また、両者の関係は一方的な因果論でとらえられるものでもなく、こころとからだの訴えをそれぞれ別々のものとしてとらえるものでもない。結局のところ、心理臨床における「人間全体を対象とする」ということは、以上のようなことに気を配りつつも、「こころ」と「からだ」両方の側面から、目の前のクライアントの体験に迫っていくということから始まるのかもしれない。

それでは、「こころ」の側面と「からだ」の側面は、心理臨床的には具体的にどのように扱われるのだろうか。精神医学と異なり、心理臨床の学問的基礎は心理学である。心理学の世界では、「こころ」とはどのような構造をもつか、どのような機能があるのか、どう発達をとげ、どのような特徴があり、どういう問題を生じるのかということについては様々な構成概念によって説明される。どの心理学を専門とするかは、すなわちどのような概念を用いて心をと

らえるかという違いであると考えてもよいだろう。心理学では、精神分析学の構造論や自我論を学び、行動理論や学習理論を学び、認知や注意について学び、パーソナリティや、知能や道德の発達について学ぶ。しかし、心理学は文字通り「心理」を扱う学問であり、そのなかで、身体をいかにして取り扱うのかという点については、「こころ」と同様に議論されているとは言い難い。つまり、心理臨床において、たしかに対象とされるのは「人間存在全体」であるが、実際には、対象に「こころ」の側面から迫ることよりも、「身体」の側面から迫ることのほうがおざなりになりやすく、ときに身体の側面は無視されている。問題はその点にあるものと思われる。それゆえに、心理臨床においてしばしば身体的重要性がさげられるのではないだろうか。

それでは、心理臨床の場面において、対象であるクライアントに、身体の側面から迫るためにはどうすればよいのだろうか。それは、心理臨床場面において心と身体の関係性をどのようにとり扱うべきかという問いではなく、心理臨床的には人間の「身体」の側面がどのようにとらえられ、考えられるのかという問いである。以降では、身体の両義性という概念に着目し、それらに関連すると思われる研究を取り上げ、心理臨床における「身体」について考えていく。そのうえで、女性における身体についても若干の考察を行った。

## 身体の両義性

身体の両義性とは、特に現象学の身体論においてしばしば言われることばである（大山，2009）。大山（2009）によれば、身体の両義性には二つの意味が含まれる。第一の両義性は、「身体は、私と他者を絶対的に隔てるものでありながら、身体を介してこそ私と他者はつながりうる」ということである。第二の両義性とは、「それが私であり、かつ私ならざるものである」ということである。以後、この二つの両義性の観点に基づき考えていく。

## 第一の両義性について

大山（2009）は、第一の両義性について、「空間の中に私は私の場所を身体によって定位し、他者もまた然りである。それらは混ざりあうことはなく、両者は隔てられている。そして身体があるがゆえに、私は死すべき存在となる」と述べている。さらに、「私は身体によって他者から可視的となり、他者の前に現前する。そして同時に、私の身体と他者の身体は、絶え間なく共鳴し合っている」と説明している。

それでは、身体がつながりを介するとはどういうことだろうか。身体を介する他者との関係について具体的に考えると、第一に性行為や暴力のような、極めて即物的な関係性が連想される。しかし、なによりもまず、人間はみな母体より生まれ、自分の口唇を通じて母親の乳房から栄養をもらい、抱き抱えられ、あやしてもらい、排泄物の世話をしてもらうのであり、そもそも人間の他者とのかわりかは、最初はみな身体を介してであるといえそうである。例えば子どもの情緒発達において重要視される、Emde（1984）の「情緒的応答性（emotional availability）」や、Stern（1985）の「情動調律（emotional attunement）」のような概念は、大まかにいって、母親が乳児の情緒状態を見守り、察してそれに合わせていくことを指している。それは具体的には、乳児がおもちゃをみて歓声をあげる様子を見て、母親が乳児の体を揺するなどの身体的応答によって応えていくような事態を指す。ここではその詳細や意義については問題としないが、そのほかにも、子どもが身体的不快（排泄、空腹）などを泣くことで訴え、母親がそれを注視し読み取り、かつそれに身体によって応えていく（おむつの取り換え、授乳）やりとりは、日常的にみられる風景である。

発達早期の母子関係の研究の中では、いかにして子どもが母子との分離を成し遂げるか、子どもが自己感覚を得ていくかということが検討されている。例えば、Mahler（1975）の分離—個体化過程の理論では、最早期の子どもは母親と一体であるという幻想を抱いているが（正常な自閉期）、その後正常な共生

期、分化期、固有の練習期、再接近期を経て、母親からの分離を可能にし、自立を遂げる個体化期に至る。Mahler (1975) の理論では、発達早期の子どもは、母親と身体的・精神的融合しているとされる。その時を経て、分化期に至った子どもは、母親と自分の区別を身体レベルで区別する（触る、見つめる）。練習期では母親との身体的レベルにおいても分離と接近を繰り返し、再接近期を経て、個体化期では、母親の身体を知覚することがなくても、母親はイメージとして安定した永続性を獲得し、子どもは母親が目の前にいなくても常に存在することを認識する（情緒的対象恒常性の獲得）。

また、前述の Stern (1985) は、乳児の自己感覚の発達に関する研究を行い、新生自己感、中核自己感、主観的自己感、言語的自己感の4つの自己感について述べた。それらの自己感は、誕生後すぐの母親との関係のなかで発達を遂げていく。最も最早期の「新生自己感」は、運動感覚的世界の状態にあり、その自己感は身体と関連している。Stern (1985) は「生氣情動 (vitality affect)」という概念を提唱しているが、それは、「乳児が何よりも確実に知覚するもので（中略）、動機付けの状態、食欲、緊張などの変化により引き出されるのが、これらの感情」であり、生命の過程によって必然的に引き起こされ、生体に休みなく影響を与えるものである。また乳児は「生氣情動」を自らの内部だけでなく、他者の行動からも体験している。それは、「どのように母親が赤ちゃんを抱き上げるか、おむつをあてるか、自分の髪や赤ちゃんの髪をとかすか、哺乳瓶に手を伸ばすか、自分のブラウスのボタンをはずすか」などであり、「乳児はこれらの“生気の感情”の中に浸されてい」とする。生氣情動は身体的な状態や知覚などから感じ取られる感情であり、生々しく身体的でまさに肌で感じ取られるものであるともいえる。これらの理論からは、人間にとっての身体とは、自己と他者とのつながりの基盤となるのみでなく、まさに身体が他者や社会との接点を作ることによって、かかわりの主体である「自分」というところが現れるということが示唆される。つまり、他の誰でもない自分という感覚すらも他とのつながりを可能にする身体を培地に立ちあらわれると考えられ



る。

それでは、隔てる身体というのは、どのようなものだろうか。そもそも、前述したような、身体を培地にうまれた「自分」という感覚それ自体が、人と人とを別々の存在として隔てるもののように思われる。前述のように、人は、生まれてのち、母親と自分が別個の独立した存在であるということに、まさに関わりを通して気づく。私とこの人は違う、この人とあの人も、別の人である。その違いは一義的には身体があるからこそとらえられるものである。人は身体によって空間的に存在し、他者が自分と同じ空間を同時に占めることはあり得ない。身体を持つことは、他者を排除することそのものに通じていく。浜田(1999)は、「人はそれぞれ自分の身体をもってこの世に生まれ、その身体を持って生きる。(中略)人はそれぞれの身体をもって互いに別個の人生を歩く。この個性はあらゆる生き物につきまとっている宿命である」と、述べている。そのうえで脱中心化と自己中心性の問題をとりあげ、「いくら脱中心化しても、自分の身体の位置からこの世を生きる以外にないという自己中心性はどこまでいっても残る。身体をもつということは、そもそもそういうことなのである」としている。

心理臨床の場面とは、クライアントと同時にセラピストも身体として存在する場である。クライアントとセラピストは身体を持つがゆえに別々の存在であり、決して相手になり替わることはできない。心理臨床を専門とする、あるいは志すもので、「共感」という言葉を聞いたことがないものはおそらくいないと思われるが、このように考えると「共感」が簡単に口にされる反面、実際にはいかに難しいことかということが分かってくる。角田(1992)によれば、共感という言葉は、ロジャーズの理論が紹介されて以来、日本に広まったものである。そこでいう共感とは、「セラピストがクライアントの内的世界を、あたかも自分のものであるように感じ取る」ことであるとされる。しかし、クライアントとセラピストが互いに身体をもつということは、どこまで「あたかも自分のものであるように」感じ取ろうとも、決して相手の体験と一体になること

はできないことを意味する。互いが別々の身体的存在である以上、相手の体験として「共感」的に理解されたものが、実際に相手の体験そのものをとらえているかどうかは確認することができない。クライアントと一体となったような体験がなされたとしても、それはあくまで、一体となった「ような」体験である。共感とは、その限界の上に、それでも何とか相手の体験を感じ取ろうと努力することなのかもしれない。また、このような限界をふまえることは、「共感」がセラピスト側の自己満足にならないためにも必要なことのように思われる。

しかしまた、身体を持つがゆえに両者は出会うことができる。それは決して身体的に接触することだけを意味するのではない。少なくとも言語を媒介として行われる面接では、基本的にクライアントとセラピストが直接身体的に接触することは禁忌である。身体接触から連想されるものの一つに境界性パーソナリティ障害があげられるが、その特徴の一つは「生身の人間関係を希求する」ことであるとされる。それは時に面接場面において、セラピストに対する性的な誘惑や、性的接触を求める形で表現される（成田，2006）。それはおそらく、自己と他者との関係を、極めて原始的な身体の接触というレベルにおいて体験しなければ、つながり自体を体験できないということの意味していると思われる。即物的に触れ合わなければ、他者（の身体）を感じ取れないとも言えるかもしれない。それは身体を介して他者とのつながりをつくるだけでなく、むしろ他者と自己の境界を消し去りたい、融合したいというような自他未分化な状態への強い希求であるとも考えられる。

さらに、身体のもつ「つながり」という側面について考えてみると、心理臨床の場面において、語られる情報と同時に、相手の身体の側面を視覚や聴覚で知覚し、その活動や動きを注視することが重要であると指摘されるのも当然のことと思われる。そして、クライアントもまた、セラピストの身体の側面を感じ取る存在であり、セラピストの態度や視線はすでに言葉を交わす前からクライアントとの間をつなぎ、また隔てていると考えられる。まなざしを交わすま

さにその瞬間から両者は出会っているということになるのだろう。

## 第二の両義性について

大山（2009）は、第二の両義性について、人前でお腹が鳴るという体験を例にとり、「もし私のお腹がまったく私と別の存在だとしたら、お腹が鳴るということは私には関係ないこととして、恥ずかしくはないはずである。もし私のお腹が私そのものだとする、お腹が鳴るということは私の動きと一致するので、これも恥ずかしくはないはずである。お腹が鳴って恥ずかしいというのは、お腹が私と私ならざるものの中間的な位置にあるということ、すなわち“身内”の位置にあるということの意味している」としている。つまり身体は「私」という存在であると同時に、「私ならざるもの」という存在である、という両義性である。これを詳細に検討するため、まず、市川（1992）の論をみていくことにする。

市川（1992）は、身体を、主体としての身体、客体としての身体、私にとっての私の対他身体、他者の身体、錯綜体としての身体の5つにわけている。ここでは前者の3つを取り上げる。市川（1992）によれば、主体としての身体とは、「われわれが最初にであう身体」かつ「私である身体」である。それは「内面から直接生き、直接にそれを把握して」おり、「ふつうそれ自体としては意識されないままにとどまっている。この意味でわれわれは身体をもつのではなく、身体であるというべき」とされている。これは、人間にとって、生きられ、実感として感じられる身体ということであると思われる。これは、身体の第二の両義性のうち、「私」という存在の側面を説明していると思われる。

対して客体としての身体とは、「外側から把握する身体」であり「対象化された私の身体」を指す。これは私の対象身体であって、他者にとっての私の身体ではない。客体としての身体とは、あくまでも「私」が「それをながめたり、さわったり、つかんだり、対象としてとらえることができる」身体を指し、「明確なかたちをもち、私の身体を他のさまざまな身体と物体とのあいだに、世界

の諸事象のうちにおく」のである。その意味で、「われわれは身体をもつ」。これは、第一の両義性に含まれる、他者と自分を隔てるものとしての身体でもあるだろう。

第三の、私にとっての私の対他身体とは、「他者によって把握された私の身体として、私がとらえる身体」である。これもまた、他者にとっての私の身体ではない。他者によって認識された身体を、私が認識したものである。恥という感覚が生じるのも、他者によってみられた私の身体を、私自身が把握するからである。先ほどの大山（2009）の例はこの状態に近いと思われる。身体は私のものであると同時に、他者に把握されるものである。そこでは他者の身体の存在が前提とされ、「他性を介する自己自身の身体の把握の一形式」ということになる。私が顔を見られて恥ずかしいのは、そこに見る他者があるからであり、その意味で身体は私を離れ、他者に把握されている。さらに市川（1992）は、「私が私の身体を対象化できるかぎり、ある意味において、＜私の対象身体＞は、私からへだたったもう一人の私の身体、つまり＜他者の身体＞」であり、「また別の見方からすれば、もう一人の私にとって、最初の私は他者であるから、＜もう一人の私の身体＞は、他者としての私に対する身体、すなわち＜対他身体＞とみなされる」という。これは、「私」と「私ならざるもの」という身体の両義性と共通点があるように思われる。身体は「私」自身であると同時に、客体、つまり私によって対象化されうるものでもある。私の身体が「対象身体」であるということは、その身体が「私」とはへだたった「他者の身体」あるいは「もう一人の私の身体」という側面をもつということでもある。つまり第二の両義性は、いわば身体の「私性」と「他者性」といいかえることができるかもしれない。

また、野間（2006, 2008）は、身体を「見られる身体」と「感じられる身体」に分けている。「見られる身体」とは、「この身体は私自身であると同時にひとつの物体でもあるため、表面をもち、人から見られうるという性質」のことである。対して「感じられる身体」とは、「自分にとっても他者にとっても感じ

られる身体の側面を指しており、この側面が後退すると、自分の身体も他者の身体もうまく感じ取れない」という。野間によると、他者の身体を感じとることは、自分が自分の身体を自然に感じ取り、その自己身体感覚を通じて他者の身体を感じるということである。この野間（2006, 2008）の論も、「見られる」という他者性と「感じ取る」という私性という両義的な存在としての身体について述べていると思われる。

また、野間（2006, 2008）はさらに、「見られる身体」と「感じられる身体」の両者において「身体の共感と疎外」という概念を提唱している。見つめあう、つまり「見る／見られる」の関係は、共感性の基礎である。そして「見られる身体」は制服の例のように、「社会に自分が属しているという帰属意識と密接に関連している」という。しかしその一方で、見られることは「自分は直接に自分の全身を見ることができないので、他者によって自分というものの身体像は先取りされている」ということでもあり、それを身体の「疎外」の側面であるとしている。また、感じられる身体における共感とは、「握手をしたり抱擁しあったりすることで、相手のところが感じとれたような気持ちになること」であるという。対して、食欲や睡眠欲などの自分の身体感覚に圧倒される状況、暴力や態度によって他者から圧倒される状況、また、他者と近づきすぎることを感じられる怖さのようなものを、感じられる身体の「疎外」的側面としている。

これらの共感と疎外の側面は、身体の第一の両義性、つまり他者と自分を隔て、またつながるという側面に関連していると思われる。また、身体におけるつながりと隔絶の側面は、身体の私性と他者性の側面と不可分であり、二つの両義性はそれぞれ独立しているとはとらえるのではなく、両者の関係も視野にいられてとらえることが重要であるとも考えられる。

ここで再び第二の両義性の問題にもどるが、身体の私ならざる側面、つまり身体の対象という側面が過剰になる場合に生じうる状況や問題としては、ファッションや容姿への強いこだわりや、摂食障害<sup>1</sup>、特に拒食のような病理

が考えられる。しかし、その身体とは単に見られ、把握されるだけでなく、見られることを私によって把握されている点が重要である。つまりそれは、私の身体が「他人からどう思われているのか」ということに関する「私」の把握が過剰になることであると言えそうである。身体はたしかに他者から把握されるものであるが、それは完全に他者の身体にはならない。身体は私ならざるもの、すなわち対象であると同時に、「私」の身体であり、その「私」の身体が見られる対象となるという点に意味がある。

対して、感じられる身体の側面が、自分自身を圧倒するときに考えられるのは過食である。また、これは野間（2006, 2008）のいう感じられる身体とは異なるかもしれないが、身体の「私」としての側面が脅かされ、感じられる身体が矮小化するとき、それは身体的なりアリティを欠いた離人感のような体験となって現れるかもしれない。また、先ほど身体の見られる側面に関わる病理として、摂食障害をあげたが、特に拒食を行う人々が時折口にする、「空腹感や満腹感がない」「疲れたという感じがない」という素朴な身体感覚が欠如した状態は、「私にとっての他者に把握される身体」が過剰になると同時に、「感じられる身体」の側面が相対的に背景に退いた状態であるとも考えられる。摂食障害の人々は、身体にとらわれている反面、身体を生きることができていないように思われる。

次に、身体の「私」と「私ならざるもの」という側面の両義性は、面接場面ではどのように持ち込まれるのかについて考えてみたい。この場合、クライアントとセラピストの関係性から考えるより、むしろ、クライアントによって語られる身体を理解する視点を提供するように思われる。心理臨床場面で、痛みやしびれのような身体感覚、過食や拒食、不眠といった身体的な症状、あるいは容姿やファッションのような身体へのこだわりなどについて語られる時、それは「私」であると同時に、「私ならざるもの」に関する語りでもある。それは素朴な生きられる身体に関するだけではなく、ある一面からみれば、「他者」の存在を前提とし、その他者にどう把握されているかという認識に関する語り

でもあると思われる。

また、食べたくないのに食べてしまう、あるいは眠りたいのに目がさえるというように、身体が思い通りにならないと訴えられる場合、身体はまるでクライアントの「私」、あるいは私の心を排除し、あるいは裏切っているかのように見える。しかし、身体をはかなぬクライアントの「私」そのものとして見たとき、その裏切りはクライアント自身の表れであるかもしれないと考えることができる。食べてしまう、目がさえてしまう、そのことに含まれる、身体というクライアントの声について考えることには意味がある。それはもちろん、身体症状の比喩的・象徴的側面について考えることでもあるが、単に身体が心の何を表現しているかという一方向的な理解だけでは不十分だろう。食べたくないと思うのもクライアントであるが、食べてしまうのもまた、クライアントである。クライアントには物理的な食べ物を食べたくないという思いも確かにあり、何か（それがモノとは限らないが）を食べなければならないという身体の声もある。心と身体のどちらかが偽りでどちらかが真実、あるいはどちらかがどちらかの背景という枠組みからはなれ、心と身体の双方の側面を行き来し、あるいは見比べながら考えていくことが求められるのではないだろうか。例えばそれは、クライアントは何を排除したくて、何を取り入れたいのだろう、そして、クライアントの「私」とは実際どのようなものなのだろうということを考えていくことなのかもしれない。それは、最終的にはクライアントの心と身体をクライアントの「私」のうちに結びつけ、クライアントのテーマのようなものを理解することにつながるのではないと思われる。

## 女性と身体

ここで、これまでの議論を踏まえて女性にとっての身体について若干の考察を加えたい。前述の野間（2006, 2008）は、女性と身体に関して、「女性は男性に比べて身体的に生きているという事実がある」と述べている。女性は男性よりも第二性徴における身体変化が劇的であり、さらに男性より見られる存

在であるという側面が強調される。つまり、女性は「感じられる身体」と「見られる身体」の両側面から、つねに自己身体に翻弄されつつ生きている」という。以降ではこの論に基づき、身体の第二の両義性の観点から女性の身体について検討する。

まず、第二性徴において、男性よりも女性のほうが身体の変化が大きいということはこれまでもしばしば言及され、その心理的影響に関する実証研究もおこなわれてきた。斉藤（1985）によれば、それは多くの場合、「青年期を苦悩に満ちた不安と混乱の時期ととらえ、その端緒を思春期の身体的変化においた」ものであり、特に初潮の引き起こす心理的混乱、あるいは女性としての統合への影響に関して述べているものが多い。

確かに、女性は、第二性徴を迎えると、乳房が膨らみ、体には脂肪がついて丸みを帯び、男性に比べ形状の上でも変化は大きいもののように思われる。さらに、痛みを伴う月経がはじまり、妊娠すれば子どもを自己の身体の中に身ごもり、出産する。乳房からは母乳が出、自らの身体を通して授乳を行う。閉経前後の更年期障害は女性に多い問題とされる。病院に「婦人科」という診療科があるのも、現代の医学が、女性の身体を男性の身体とは異なる、特別な問題を呈する対象として扱っていることを示している。

このように見ると、確かに女性は男性に比べて、「感じ」「生きる」身体の側面において揺り動かされる場面が多いように思われる。そのこと自体はおそらく事実であろう。しかし、身体的存在であるのは女性だけではなく男性も同様であり、それゆえ生きられる身体の側面が揺り動かされるのは女性だけではないと考えるほうが自然なように思われる。これらの問題を詳細に議論するためには、男性の身体を女性の身体の特徴を記述するための基準とするだけでなく、例えば精通や声変わり、発毛、身長伸びや筋肉の発達といった男性の身体変化が、男性自身にとってどのように体験されているのかについても記述される必要があると考えられる。そのうえで、男性よりも女性のほうが身体的側面から揺り動かされやすいという量的比較にとどまらず、男女それぞれが身体



をいかに体験しているのかという、「揺り動き」の質の違いを明確にすることが必要であると考えられる。そのことによって初めて、生きられる身体における女性独特の体験が明らかになるのではないだろうか。

また、「見られる身体」「私にとっての他者に把握される身体」という側面から見た場合も同様に、身体はやはり男性よりも女性においてテーマとなりやすい。ファッションや、やせ願望、化粧品への投資からプチ整形まで、女性がいかに見られる身体に拘泥しやすいかという問題は、文化による影響から論じられることが多い。例えば「見られる身体」にかかわる摂食障害という問題に関し、田中（2001）は、フェミニズムの台頭によって伝統的女性役割と社会進出との狭間で葛藤状態に陥った女性が、メディアの作り上げた外見的側面による評価基準に自らを同調させることによって自尊心を保とうとしていると説明している。そのような側面の影響が強いことは、摂食障害が、特にポストフェミニズム時代に入った先進国では減少傾向にあるという点からもうかがえる（Bram, 1992）。対して野間（2006, 2008）は、文化的影響について、まだまだ議論の余地があるとしつつも、3歳の女兒がすでに母親の化粧をまねるしぐさをするを挙げ、「文化的な説明より、女性が生まれながらに外見に配慮する特徴があると考えた方が辻褄があう」と述べている。しかし、これは一方で女兒がすでにジェンダー的な情報にさらされているという考え方もできそうである。やはり今後さらなる研究と議論が必要な点であろう。

また、そもそも男性よりも女性において外見的身体が着目される背景には、女性が男性によって選ばれる対象であるという性的な側面が絡んでいると思われる。この点はフェミニズム的論点から盛んに言及されている。例えば、小倉（2001）は「性的欲望は、もっぱら男性が女性の身体に向けて積極的に喚起され、女性は男性の“主体”的な欲望に“客体”としてその身体を投げ出すというのが、近代において一般化された性的関係」であったと述べている。さらに、「西洋芸術において長い歴史の中で追求されてきた女性の身体における“美”は、男性のセクシュアリティと不可分に結び付き、（中略）やがて自分ではそ

れとも知らない間に、女性は自分の身体を外側から、あたかも商品であるかのように見るよう推奨される」という。つまり女性の身体は、そもそも男性にとっての性的対象であり、外見を磨くことは自身の「商品価値」を高めるのである。これは女性の自我発達において、アイデンティティや自尊心の置きどころが、外見的自己や他者との関係性にあるとたびたび指摘されることも関係するものと思われる。

また、女性は男性にとっての性的対象であるとするならば、女性の主体的な性欲の存在は否定されることになる。女性は男性にとって性欲を喚起する存在であるが、一方で、特に西洋の宗教的な倫理観では、聖母マリアが処女でなければならなかったように、男女の性的関係は聖性を汚すものとして扱われてきた（小倉、2001）。女性はあくまで対象であり性欲という主体性を持たないとされ、そのため男性の欲望は身体的存在としての女性に投げ入れられ、女性はけがらわしい存在となる。つまり、男性の精神にとって、女性は身体そのものである。

それでは、現代における男女の性的側面に関する実際の意識はどのようなものなのだろうか。厚生労働省が行った平成11年度 HIV 感染症の疫学研究における「HIV/STD 関連知識、性行動、性意識についての全国調査」では、若者、特に若い女性で急速に初交年齢の低下が進み、18-24歳では男女差が消失していることが報告されている。また、女性の初交相手における配偶者の占める割合も、18-24歳で3.1%、平均初婚年齢前後の25-34歳で14.7%、既婚者の割合が多いと思われる35-44歳で40.2%であり、若年層の親世代にあたる45-54歳で66.5%、55歳以上で82.9%と、年齢によって性への意識が異なることがわかる。特に若年層女性においては、「お嫁に行くまできれいな体で」という倫理観は消滅しつつあると言える。また、女性雑誌や書物でも、性に関する特集が組まれることは稀ではなくなり、時に人気の男性モデルやスポーツ選手がヌードを披露することもある<sup>2</sup>。ここでは、これまでもっぱら男性にとって女性が性的欲望の対象であったように、女性にとっても明らかに男性が性的欲望の対象で

あるということが公にされている。もっともこれは表面的な例であり、実際に現代の男性が、感情的なレベルで女性の主体的な性欲の存在をどの程度受け入れているのか、また女性においても自らの主体的な性欲をどの程度実感し、表現するのかについては定かではない。当然世代差もみられるだろう。しかし若年層においては特に、女性の性的な主体性が、男女双方にとってタブーであるという認識は薄くなりつつあるようである。それはつまり、身体の「見られる」あるいは「他者から把握される」側面が、女性だけでなく、男性にとっても大きな問題になりうるということを示唆している。現在でもすでに、若年層においては、メンズエステや男性版のファッション雑誌にも一定の需要があり、時に女性以上に「おしゃれ」をし、身だしなみを整える男性の存在も認知されつつある。このような男性にとって自己の身体は、女性と同様に「見られ」、「性的対象として選ばれる」側面が強いものと思われる。すなわち、男性においても、自らの身体の「見られる」側面は肥大しつつあり、また、そのような傾向は、若年層を中心に徐々に広がりつつあるのかもしれない。その傾向がさらに進むと、今後、女性以上に男性においても、身体の「見られる側面」に関わる問題が顕著になることも予想される。当然それは女性の変化と不可分であると思われるし、そのほかにもメディアや経済などの多様な背景があると考えられるが、その点はまた別の機会に検討したい。

## おわりに

以上、心理臨床における身体の問題について、両義性という観点をきっかけに、乏しいながらも筆者の経験の範囲内で考えられることについて述べた。今後さらなる経験を積む中で、考察を深めていきたいと考える。

## 引用文献

- Bram, S. (1992). A psychosocial model for eating disorders : Intergenerational conflict and self-image in adolescent females. 第12回国際児童青年精神医学論文集, 420-434.
- Emde, R. N. (1984). The Affective Self ; Continuities and transformations from infancy, In J. D. Call et al. (ed.), *Frontiers of Infant Psychiatry*, Vol. 2. 38-54. New York : Basic Books.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York : W. W. Norton.  
(エリクソン, E. H. 仁科弥生 (訳) (1977). 幼児期と社会 I, II みすず書房)
- Freud, S., Breuer, J., (1895). *Études sur l'hystérie*, Paris : PUF.  
(フロイト, S. 懸田克躬・小此木圭吾 (訳) (1974). ヒステリー研究 フロイト著作集第7巻 人文書院 pp. 5-229.)
- 浜田寿美男 (1999). 「私」とは何か—ことばと身体の出会— 講談社選書メチエ.
- Hillman, J. (1979) *Archetypal Psychology*, Dallas : Spring Publication.  
(ヒルマン, J. 河合俊雄 (訳) (1993). 元型的心理学 青土社)
- 市川 浩 (1992). 精神としての身体 講談社学術文庫.
- 角田 豊 (1992). 共感 氏原寛・亀口憲司・成田善弘・東山紘久・山中康裕 (編著) 心理臨床大事典 培風館 pp. 211-213.
- 河合隼雄 (2003). 心身問題と心理療法 臨床心理学, 3, 3-6.
- 厚生労働省 HIV 感染症の疫学研究班 (2000). HIV 感染症の疫学研究班平成11年度研究報告書 厚生労働省.
- Mahler, M. (1975). *The Psychological Birth of Human Infant*. New York : Basic Books.  
(マラー, M. 高橋雅志・浜畑紀・織田正美 (訳) (1981) 乳幼児の心理的誕生—母子共生と個体化— 黎明書房)
- 中井久夫・山口直彦 (2001). 看護のための精神医学 医学書院.
- 成田善弘 (編著) (2006). 境界性パーソナリティ障害の精神療法—日本版治療ガイドラインを目指して— 金剛出版.
- 日本心身医学会教育編集医学会 (編) (1991). 心身医学の新しい診療指針 心身医学, 31, 537-573.
- 野間俊一 (2006). 身体の哲学—精神医学からのアプローチ— 講談社選書メチエ.
- 野間俊一 (2008). こころという身体—青年期における存在の問いをめぐって— 河合俊雄 (編) こころの未来シリーズ1 こころにおける身体／身体におけるこころ 日本評論社 pp. 50-98.
- 小倉千加子 (2001). セクシュアリティの心理学 有斐閣選書.

大山泰宏 (2009). 心理臨床関係における新たな身体論へ 伊藤良子・大山泰宏・角野善宏 (編著) 心理臨床関係における身体 創元社 pp. 13-20.

Priest, S. (1991). *Theories of the maid*, London : Penguin Books.

(プリースト, S. 河野哲也・安藤道夫・木原弘行・真船えり・室田憲司 (訳) (1999). 心と身体の哲学 勁草書房)

斉藤誠一 (1985). 思春期の身体発育と性役割意識の形成について 教育心理学研究, 33, 336-344.

Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York : Basic Books.

(スターン, D. 小此木圭吾・丸太俊彦・神庭靖子・神庭重信 (訳) (1989). 乳児の対人世界 岩崎学術出版社)

菅佐和子 (2005). 思春期心理臨床のチェックポイント—カウンセラーの「対話」を通して— 創元社.

田中有可里 (2001). 摂食障害に対する痩せ志向文化の影響 カウンセリング研究, 34, 69-81.

- 1 思春期・青年期女性に多くみられる心身症。その症状は、太ることを怖れて過剰な食事制限を行い極度に痩せていく拒食と、短時間に大量の飲食物を摂取する過食に分けられる。また、拒食、過食のいずれが主な症状であっても、食べた物を排出するために下剤の乱用や自発嘔吐が行われることもある。
- 2 セックス特集を定期的に行っている女性誌の an・an では、1991年 5月 3 / 10日号における俳優の本木雅弘のヌードを皮切りに、その後も俳優やアイドルの男性のヌードを掲載している。例えば2007年 8月 8日号でプロ野球選手のダルビッシュ有が、2009年 8月 5日号では俳優の向井理がそれぞれヌードを披露している。なお、ここでは同性愛については論旨から離れるため扱わなかった。

## Summary

# Clinical Psychology, Body Ambiguity, and Women and their Bodies

OKUDA Satomi

The problem of the body, a clitical theme in clinical psychology, is discussed. The purpose of clinical psychology is generally considered to be solving problems, illnesses, and disorders of the mind. However, in therapy, many clients in fact complain about the condition of their body.

The object of clinical psychology is essentially the whole-person that consists of the maid and the body, the two aspects of the whole-person. Clinical psychologists can understand the experiences of their clients though both the mind and the body. However, in psychotherapy, the role of the body has been neglected more often than that of the mind.

The ambiguities of the body:(1) separation and relationship, and (2) self and non-self are examined. The first is that our bodies enable us to meet others and form relationships with them, but the two people cannot have identical experiences. The second is that our bodies are felt and lived by us, but, they are seen by others. The problems caused by this ambiguity in psychotherapy are examined. Finally, the relationship between woman and the body are discussed.